

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Roodvonk, een niet altijd onschuldige kinderziekte

Met veel belangstelling heb ik deze klinische les gelezen.¹ Naar aanleiding van de genoemde differentiële diagnostiek wil ik graag enige aanvullende opmerkingen maken.

Hoewel in het artikel longinfecties door stafylokokken in de differentiële diagnose genoemd worden, dient men te beseffen, dat ook zonder bronchopneumonie stafylokokkeninfecties een dergelijk exantheem kunnen veroorzaken. Een vrijwel aan roodvonk identiek syndroom („staphylococcal scarlet fever”) wordt veroorzaakt door een stafylokokkentoxine, die geproduceerd kan worden door faaggroep II, typen 3a, 3c, 52, 55, 71 en 85.^{2,3} Deels is dit ziektebeeld een aparte entiteit, deels een prodromaal stadium van het „staphylococcal scalded skin”-syndroom (SSSS).⁴ Enerzijds is het niet geheel onmogelijk, dat de als aparte entiteit voorkomende „staphylococcal scarlet fever” een niet helemaal tot expressie komend SSSS is, anderzijds kunnen wellicht ook andere stafylokokkenexotoxinen dan bij SSSS tot het scarlatina-beeld leiden.

Op grond van de volgende bevindingen kan men de door stafylokokken veroorzaakte roodvonk onderscheiden van de klassieke roodvonk:

– Ontbreken van door streptokokken veroorzaakte pharyngitis of (zeldzamer) wondinfecties.

– Ontbreken van enantheem van het palatum (aardbeitong daarentegen komt soms ook bij het stafylokokkenexantheem voor.

– Primaire, meestal extracutane (osteomyelitis, abces, „staphylococcal” pharyngitis enz.) stafylokokkeninfecties en (of) kolonisatie in oren, ogen, keel of nasopharynx door stafylokokken.

Tot slot zou ik willen vermelden, dat ook bij de ziekte van Kawasaki een scarlatiniform exantheem en een aardbeitong kunnen voorkomen, hetgeen soms een differentieel-diagnostisch probleem kan vormen.

LITERATUUR

¹ Aalderen WMC van, Gerritsen J, Polman HA, et al. Roodvonk, een niet altijd onschuldige kinderziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1649-51.

² Hurwitz S. The exanthematous diseases of childhood. In: Hurwitz S, ed. Clinical pediatric dermatology. 1st ed. Philadelphia: WB Saunders, 1981: 258-76.

³ McCloskey RV. Scarlet fever and necrotizing fasciitis caused by coagulase-positive hemolytic *Staphylococcus aureus* phage type 83. Ann Intern Med 1973; 78: 85-7.

⁴ Groot R de, Oranje AP, Vuzevski VD „Staphylococcal scalded skin”-syndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1459-63.

Rotterdam, september 1984

A.P. ORANJE

Van Aalderen et al. behandelen in hun heldere klinische les een complicatie van roodvonk, de streptokokkenpneumonie.¹ De slotzin luidt: „Gezien de ernstige complicaties . . . is vroegtijdige behandeling met penicilline aangewezen.” Ik bestrijd dat. De incidentie van zekere gevallen van roodvonk in de huisartspraktijk is 1,5-1,8/1000 pat./jaar.^{2,4} Dit zijn zo'n 24.000 zekere roodvonkpatiënten per jaar in Nederland. De Stichting Medische Registratie te Utrecht treft daarvan 23 patiënten aan in de ziekenhuizen. Van Aalderen et al. suggereren dat de door Beese genoemde 10% complicerende pneumonieën gegeneraliseerd kunnen worden naar alle door de huisarts geziene roodvonkpa-

tiënten; dit kan niet waar zijn. Overigens is de tonsillitis acuta een vele malen grotere bron van streptokokkeninfecties.^{2,3} Incidenties en complicatiekansen bij tonsillitis én roodvonk laten maar één conclusie toe: in eerste instantie geen penicilline, tenzij . . .

LITERATUUR

¹ Aalderen WMC van, Gerritsen J, Polman HA, et al. Roodvonk, een niet altijd onschuldige kinderziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1649-51.

² Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978. Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone Ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

³ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers BV, 1984.

⁴ Classification Committee of WONCA. ICHPPC-2-defined. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 1983.

Almere-haven, september 1984

N.P. VAN DUIJN

Wij danken collega Oranje voor de aanvullingen op onze klinische les en zijn het hier helemaal mee eens.

Collega Van Duijn schrijft dat hij het oneens is met de vroegtijdige behandeling van roodvonk met penicilline. Mede dank zij penicilline is de incidentie van ernstige complicaties van roodvonk, zoals acuut reuma en poststreptokokkenglomerulonephritis, drastisch afgenomen. Het lijkt ons niet raadzaam om nu, om deze reden, de behandeling met antibiotica maar achterwege te laten, of om af te wachten tot er wel een ernstige en veel moeilijker te behandelen complicatie is ontstaan.

Overigens is het niet onze bedoeling geweest te suggereren dat op dit moment 10% van de gevallen van roodvonk gecompliceerd wordt door een bronchopneumonie. Het is slechts een getal dat genoemd is door een onderzoeker uit de jaren vijftig. Wanneer het onduidelijk in de tekst staat, hopen wij dat hiermee het probleem is rechtgezet.

Groningen, september 1984

W.M.C. VAN AALDEREN
J. GERRITSEN
H.A. POLMAN
K. KNOL

Naar aanleiding van deze klinische les, waarin twee patiëntjes werden beschreven met een ernstige bronchopneumonie als complicatie,¹ is bij mij de vraag gerezen, of de kinderartsen nog wel eens de acute nephritis als naziekte, dus postscarlatineus, zien.

Ik zelf heb namelijk tijdens de Eerste Wereldoorlog een door de huisarts vermoedelijk niet herkende scarlatina doorgemaakt, waarvan de diagnose pas duidelijk werd toen ik op het gymnasium aan mijn buurman liet zien, hoe ik begon te vervellen. Daarna ontstond een postscarlatineuze, acute nephritis, die zich aankondigde door pijn in de nierstreek (nephritis dolorosa). Deze werd behandeld met rust en een streng melkdieet (deels wegens de tijdsomstandigheden uitgevoerd met gecondenseerde melk). De nephritis is geheel genezen, en ook de stellige, sombere prognose die een gevierde Amsterdamse hoogleraar ons op college voorhield, ongeveer luidende „over 20, 30 jaar ziet u al die patiënten terug met een chronische nephritis of schrompelnier”, is ook in dit geval niet van toepassing geworden. Het lijkt aannemelijk, dat de postscarlatineuze nephritis een immunologische reactie is op de streptokokkeninfectie.